

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Adolphe PILTZ

Né à Varsovie, le 26 juillet 1902.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VAGINISME

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE CALOUST

75, Passage du Caire

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Adolphe PILTZ

Né à Varsovie, le 26 juillet 1902.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VAGINISME

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

—
IMPRIMERIE CALOUST

75, Passage du Caire

1931

LIBRARY

PROFESSEURS :

MM.

Anatomie	Rouvière.
Anatomie médico-chirurgicale et chir. oper.	Grégoire.
Physiologie	Binet.
Physique médicale	Strohl.
Chimie médicale	Desgrez.
Bactériologie	Lemierre.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt.
Pathologie et thérapeutique générales	Baudouin.
Pathologie médicale	Clerc.
Pathologie chirurgicale	Lenormant.
Anatomie pathologique	Roussy.
Histologie	Champy.
Pharmacologie et matière médicale	Tiffeneau.
Thérapeutique	Loeper.
Hygiène et médecine préventive	Tanon.
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de chirurgie	Menétrier.
Pathologie expérimentale et comparée	Rathery.
Hydrologie thérapeutique et climatology	M Villaret.
Clinique médicale	Carnot.
	Bezançon.
	Achard.
	Marcel Labbé.
Hygiène et clinique de la première enfance	Lereboullet
Clinique des maladies des enfants	Nobécourt.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- cephale	H. Claude.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot.
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain.
Clinique des maladies infectieuses	Teissier.
Clinique chirurgicale	Delbet.
	Cunéo.
	Lejars.
Clinique ophtalmologique	Gosset.
Clinique urologique	Ferrien.
	Legueu.
Clinique d'accouchements	Couvelaire.
	Brindeau,
	Jeannin.
Clinique gynécologique	J.-I Faure.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Gmbredanna.
Clinique thérapeutique médicale	Vaquez.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Sebileau.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval
Clinique propédeutique	Sérgent.
Clinique de la tuberculose	Léon Bernard.
Professeur sans chaire	Mauclaire.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

Alajouanine	Neurologie et Psychiatrie.
Aubertin	Pathologie médicale.
Basset	Pathologie chirurgicale.
Bernard (Henri)	Pathologie médicale.
Brocq	Pathologie chirurgicale.
Brûlé	Pathologie médicale.
Cadenat	Pathologie chirurgicale.
Cathala	Pathologie médicale.
Chevallier	Pathologie médicale.
Chiray	Pathologie médicale.
De Gaudart d'Allaines	Pathologie chirurgicale.
Dognon	Physique.
Donzelot	Pathologie médicale.
Ecalte	Obstétrique.
Fey	Urologie.
Fiessinger	Pathologie médicale.
Garnier	Pathologie expérimentale.
Gatellier	Bactériologie.
Gastinel	Pathologie chirurgicale.
Giroud	Histologie.
Harvier	Pathologie médicale.
Heitz-Boyer	Urologie.
Hovelacque	Anatomie.
Hutinel	Pathologie médicale.
Joannon	Hygiène.
Joyeux	Parasitologie.
Labbé (Henri)	Chimie biologique.
Laroche (Guy)	Pathologie médicale.
Lemaître	Oto-rhino-laryngologie.
Leroux	Anatomie pathologique.
Leveut	Pathologie médicale.
Lévy-Vaënsi	Neuro-psychiatrie.
Lian	Pathologie médicale.
Mathieu	Pathologie chirurgicale.
Metzger	Obstétrique.
Millot	Histologie.
Mondor	Pathologie chirurgicale.
Moreau	Pathologie médicale.
Moulonguet	Pathologie chirurgicale.
Maire	Pathologie chirurgicale.
Mulon	Histologie.
Oberling	Anatomie pathologique.
Olivier	Anatomie.
Piedelièvre	Médecine légale.
Portes	Obstétrique.
Ouenu	Pathologie chirurgicale.
Richet fils	Physiologie.

Sézary	Dermatologie et syphiligraphie.
Vallery-Radot (Pasteur)	Pathologie médicale.
Vaudescau	Obstétrique.
Velter	Ophtamologie.
Verne	Histologie.
Vignes	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens.

MM.

Busquet	Pharmacologie.
Guémot	Obstétrique.
Lequeux	Obstétrique.
Alglave	Clinique chirurgicale.
Chevassu	Clinique chirurgicale.
Laignel-Lavastine	Clinique médicale.
Le Lorier	Clinique obstétricale.

MM.

Mauclaire	Clinique orthopédique.
Frey	Stomatologie.
Chailley-Bert	Education physique.
Neveu-Lemaire	Parasitologie.
Rettever	Histologie.
Zimmern	Physique.
Mocquot	
Proust	Clinique chirurgicale
Schvartz	—
Ledoux-Lehard	Radiologie Clinique.
Weill-Hallé	Puériculture.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage de mon amour
filial et de ma reconnaissance pour tous
les sacrifices consentis.

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE ET A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS ET COLLÈGUES D'ÉTUDES

Que chacun de vous retrouve ici
une part d'affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BRINDEAU

*Professeur de la Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur.*

Hommage de notre respectueuse gratitude
pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur CAUSSADE
Monsieur le Professeur M. VILLARET
Monsieur le Professeur agrégé OKINCZYC
Monsieur le Docteur SAINTON
Monsieur le Professeur NOBÉCOURT
Monsieur le Professeur GUILLAIN
Monsieur le Professeur TERRIEN
Monsieur le Docteur MACÉ
Monsieur le Docteur LORTAT-JACOB
Monsieur le Professeur SEBILEAU
Monsieur le Professeur HENRI CLAUDE
Monsieur le Professeur agrégé LEVY-VALENSI
Monsieur le Professeur LEGUEU
Monsieur le Docteur MILHIT

AVANT - PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous considérons comme un devoir particulièrement agréable d'apporter ici l'hommage de notre gratitude à tous nos Maîtres qui, par leur accueil bienveillant et leurs lumières, nous ont guidé dans nos études et nous ont appris à aimer la Médecine.

INTRODUCTION

Parmi les affections dont la femme est atteinte, il en est une encore peu connue dont la description complète ne se trouve dans aucun traité de gynécologie ou d'obstétrique, nous voulons parler du vaginisme.

Le vaginisme est une des plus pénibles complications de la vie conjugale. Il ne suffit pas que la femme apporte tout le courage nécessaire, il y a une chose contre laquelle elle ne peut rien par sa volonté, c'est le reflexe spasmodique qui ferme l'orifice vaginal dès qu'un corps comme le pénis ou le doigt essaie de le franchir.

Le vaginisme est une affection bizarre qui constitue pour la femme une maladie, une infirmité même qui mène forcément à la non consommation de l'acte du mariage et partant au divorce. « C'est le plus grand malheur de ma vie » disent certaines femmes atteintes de cette affection.

La question du vaginisme est très complexe, aussi complexe que l'est la psychologie humaine en général et de la femme en particulier. On s'imagine très bien les perturbations morales qui amènent cette étrange affection dans la vie de la femme, chez laquelle la question sexuelle joue un rôle si important.

Nous avons étudié le vaginisme, nous avons lu la majorité des articles parus dans les journaux médicaux sur ce sujet. Après avoir pris connaissance de ces faits

nous avons cru de quelque utilité de les grouper, de les comparer et d'en faire le résumé dans cette étude.

Le sujet était trop vaste ; nous avons dû nécessairement nous borner, aussi n'avons-nous pas la prétention d'avoir tout dit. Nous avons condensé le plus possible, nous avons sacrifié tous les détails inutiles, nous contenant souvent d'indiquer les idées, sans les entourer de considération et d'exemples.

Après avoir donné la définition du vaginisme et un essai de classification, nous faisons un aperçu historique de la question. Le chapitre III est consacré à l'étude anatomo-physiologique du vaginisme. Le vaginisme organique et psychique font l'objet de deux chapitres suivants. Dans le chapitre IV, nous faisons l'étude clinique de l'affection (symptômes, diagnostic, son rapport avec l'état puerpéral). Le chapitre suivant est réservé au traitement. A la fin de notre étude, nous donnons une dizaine d'observations pour illustrer la question.

Nous tenons à remercier vivement M. le professeur Brindeau qui a bien voulu nous donner le sujet de notre étude et nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Je pris Mme Francillon, chef de consultation gynécologique à la Salpêtrière (service du professeur Gosset), et le docteur Valençon, assistant de radiologie à la Pitié, d'agréer l'expression de ma plus grande gratitude pour les quelques indications qu'ils ont bien voulu nous donner.

CHAPITRE PREMIER

Définition et essai de classification.

Le vaginisme est une contracture spasmodique, douloureuse et involontaire du canal vulvo-vaginal, s'opposant au coït.

Nous distinguerons dans cette étude deux formes de vaginisme :

1° *Vaginisme organique*, dans lequel le réflexe spasmodique a son point de départ dans les terminaisons sensibles de l'innervation de l'appareil génital externe de la femme (*faux vaginisme d'Audry, pseudo-vaginisme de Siredey, vaginisme organique de Williams*) ;

2° *Vaginisme psychique*, dans lequel le réflexe spasmodique est d'origine cérébrale.

Le vaginisme psychique peut être primitif ou bien il peut se développer secondairement sur le terrain d'un vaginisme organique.

CHAPITRE II

Historique.

C'est à Hugier qu'on doit la première relation assez précise sur la contracture du vagin. Dans sa thèse intitulée *Dissertation sur quelques points d'anatomie et de physiologie*, il comparait la constriction du sphincter vaginal à celle du sphincter anal dans la fissure.

Lisfranc, dans son deuxième volume de sa *Clinique chirurgicale* de 1841, intitule un chapitre : « De l'excès de sensibilité des organes génitaux de la femme ».

Dupuytren, dans ses leçons cliniques, donne une description exacte d'un état particulier des organes génitaux féminins caractérisé par un spasme du constricteur vaginal.

En 1842, Tanchon publie dans la *Gazette des Hôpitaux* un article sur les névroses de la vulve. Hervez de Chégoin, en 1847, dans un travail qu'il publia sur la fissure de l'anus, comparait la contraction et la fissure vulvaire aux affections correspondantes de l'anus. Quelques années plus tard le professeur Borelli de Turin publiait un article dans la *Gazette médicale sarde* et appelle l'attention sur le même sujet.

Scanzoni, dans son *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, consacre quelques lignes à la contracture vulvo-vaginale, sous le nom de spasme du vagin et considère cette affection comme une névrose.

En 1858, Michon, Debout et Gallard publient plusieurs observations sur ce syndrome.

Dans l'*Edimbourg Medical Journal*, Simpson, en Angleterre, publie une note dans laquelle il est question d'un « spasme permanent de quelques-unes des fibres musculaires placées autour du vagin, spasme de même nature que celui du muscle sterno-oléido-mastoïdien qui produit le torticolis.

Dans la séance du 6 novembre 1861 de la Société Obstétricale de Londres, Marion Sims fait une communication dans laquelle il traite d'une affection des parties génitales externes de la femme, qu'il décrit sous le nom de vaginisme et à laquelle il attache une très grande importance, car l'hyperesthésie de l'hymen et de l'orifice vulvaire s'oppose au coït et à la fécondation. C'est surtout Sims qui a beaucoup contribué à vulgariser cette maladie qui, jusqu'alors, ne se trouvait pas décrite dans les traités classiques.

Depuis, cette affection a fait l'objet de nombreux travaux. Visca, en 1870, et Lutaud, en 1874, lui consacrent leurs thèses inaugurales. Dans tous les pays, des articles apparaissent dans la presse médicale, traitant de cette affection aux multiples points de vue de sa pathogénie, de son étiologie et de son traitement.

Budin publie plusieurs articles sur le vaginisme dans le *Bulletin de la Société Obstétricale de Paris*. Aragon, dans la *Revue de l'Hypnotisme et Psychologie physiologique*, attire l'attention sur les caractères psychiques du vaginisme.

Audry, en 1913, écrit dans la *Province médicale*, un article sur les « dyspareunies vulvo-vaginales » et fait la distinction entre le faux et le vrai vaginisme.

A. Siredey, dans le *Journal de Médecine et Chirurgie*

gie du 10 octobre 1927, publie un article intitulé : « Pseudo-vaginisme », dans lequel il énonce une opinion qu'il y a peu de cas de vaginisme vrai.

En Allemagne, beaucoup d'auteurs se sont intéressés à cette affection. Kish, Pineles, Veit et Fried lui consacrent une place dans leurs ouvrages.

En 1909, le professeur Walthard publie un intéressant article dans le *Münchener Medizinische Wochenschrift*, dans lequel il attire surtout l'attention sur le côté psychique du vaginisme, propose une étiologie psychogénique de cette affection et lui applique un traitement psychothérapique.

CHAPITRE III.

Étude anatomo-physiologique.

Avant d'aborder notre sujet, nous croyons utile de rappeler brièvement quelques notions anatomiques et physiologiques sur l'appareil génital externe de la femme en rapport avec le vaginisme.

L'anneau vulvaire est constitué anatomiquement par du tissu contractile, le bulbe et un muscle, le constricteur de la vulve. La paroi vaginale est formée par trois tuniques : 1° une tunique externe conjonctive ; 2° une tunique moyenne musculaire lisse, formée surtout de fibres longitudinales en dehors et de fibres circulaires en dedans ; 3° une tunique interne, muqueuse, très adhérente à la tunique musculaire.

Le périnée de la femme est composé, d'après Rouvière, de trois plans :

a) Plan profond : releveur de l'anus et de l'ischio-coccygien. Le releveur est très adhérent à la paroi vaginale. Avant de s'enfoncer dans la paroi rectale, les fibres les plus internes de ce muscle s'insinuent entre le vagin et le rectum, jusqu'à la ligne médiane. Ainsi, les deux releveurs entrent en contact sur la ligne médiane dans l'intervalle compris entre le vagin et le rectum. Le releveur est donc, en se contractant, un puissant constric-

teur du vagin qui presse de chaque côté ce canal, de manière à diminuer notablement sa capacité.
profond et sphincter externe de l'urètre.

b) Plan moyen : composé des muscles — transverses

c) Plan superficiel. Il comprend cinq muscles : sphincter externe de l'anus, le transverse superficiel, l'ischio-caverneux, le bulbo-caverneux et le constricteur de la vulve.

Le constricteur de la vulve est une mince nappe musculaire, placée en dedans du bulbe et des glandes de Bartholin sur la paroi latérale du vagin. Le constricteur de la vulve rétrécit, en se contractant l'orifice inférieur du vagin.

Innervation. — Les nerfs sont des branches du nerf honteux interne, lequel est une branche collatérale du plexus sacré :

1° La branche inférieure ou périnéale, par son rameau musculo-lombaire, se distribue au bulbe et au constricteur de la vulve, ainsi qu'à presque tous les muscles du périnée ;

2° La branche supérieure du nerf honteux interne ou clitoridienne gagne le clitoris et, chemin faisant, elle envoie quelques petits rameaux au constricteur.

Les muscles du vagin et les muscles péri-vaginaux forment un système sphinctérien dont les divers éléments fonctionnent de façon synergique, mais qui, exceptionnellement, peuvent se contracter individuellement ; le plus important de ces muscles est le releveur de l'anus.

Ce sphincter intervient principalement dans le coït en réalisant trois phénomènes :

1° La contraction assure un meilleur contact des muqueuses dont partent les sensations génitales ; certains faisceaux abaissent le clitoris au contact de la verge,

mais, surtout, le muscle releveur et constricteur de la vulve assure l'étreinte voluptueuse du gland, étreinte permanente avec des renforcements intermittents (Vignes. ;

2° La contraction du releveur, en appliquant la paroi postérieure du vagin contre le gland, réduit la capacité des culs-de-sac vaginaux et favorise d'autant la pénétration directe des spermatozoïdes dans le col utérin (Marion Sims, *Clinical Notes on Uterine Surgery*, 1886)

3° Accessoirement, la contraction du bulbo-caverneux et de l'ischio-caverneux empêchent le cours du sang veineux et augmentent l'érection ; mais celle-ci est d'ailleurs causée principalement par un mécanisme vaso-moteur.

Ces muscles péri-vaginaux peuvent se contracter sans l'action de la volonté ; mais leur fonctionnement le plus parfait dépend d'une action réflexe inconsciente.

Dans certaines conditions où, chez une femme, coïncident une trop grande irritabilité nerveuse et une cause locale d'irritation, il peut se produire une hyperesthésie vulvaire et, secondairement, une contracture de la musculature péri-vaginale ou vaginisme.

Cette contracture est d'origine réflexe et son point de départ varie suivant qu'on a affaire à un vaginisme d'origine organique ou psychique.

Dans le premier cas, une excitation est portée au niveau des ramifications du nerf honteux interne, qui se transmet par une fibre centripète au centre spinal qui la réfléchit par une fibre centrifuge sur le muscle de l'anneau vulvaire ou le releveur. Il s'agit donc d'un réflexe médullaire.

Dans le deuxième cas, par contre, le réflexe est d'origine cérébrale qui naît dans le champs de représentations mentales de la femme.

Dans le vaginisme le spasme provoque la douleur et celle-ci amène la contracture ; ces phénomènes établissent un véritable cercle vicieux.

Cette contracture peut intéresser les muscles qui entourent l'orifice ou elle peut intéresser le releveur. Dans le premier cas, on parle de vaginisme inférieur et, dans le deuxième cas, de vaginisme supérieur. Les deux variétés anatomiques du vaginisme peuvent d'ailleurs coexister. (Voir *Observation IV.*)

C'est à Péan qu'on doit la notion du vaginisme supérieur et inférieur. Ce savant a trouvé que, quelquefois, les symptômes du spasme vaginal se passent seulement dans la moitié supérieure de ce conduit ; douleur et coït difficile, impossible même ; le doigt pénètre difficilement dans cette portion du vagin, on sent le spasme, et on n'arrive au col utérin qu'en déterminant des douleurs atroces ; tandis que les symptômes à la région vulvaire et à la moitié inférieure du vagin sont peu accusés. Le nom du vaginisme inférieur serait réservée d'après Péan pour les cas beaucoup plus fréquents, où tous les symptômes se trouvent à la vulve au bulbe et à la moitié inférieure du vagin seulement .

Les deux variétés anatomiques du vaginisme relèvent du même mécanisme et ont le même effet, c'est-à-dire qu'ils empêchent l'intromission ; d'autres fois ils sont causés par une forte excitation psychique au cours du coït et réalisent le syndrome du penis captivus. L'importance des causes psychiques et nerveuses est d'ailleurs prépondérante.

CHAPITRE IV

Le Vaginisme organique.

Le vaginisme organique est symptomatique d'une lésion quelconque de la vulve ou du vagin, et par conséquent le point de départ du réflexe est local et vulvaire.

En premier lieu il faut citer les fissures, auxquels certains auteurs, en se basant sur l'analogie avec le syndrome fissuraire de l'anus, avaient attribué d'une manière exclusive, la production du vaginisme. Ces fissures siègent à la partie supérieure de la vulve, sur l'un ou l'autre côté du vestibule, et sont situées quelquefois assez profondément pour échapper à l'examen du gynécologue. On peut en dire autant des gerçures, des éraillures, des érosions, des crevasses, des rhagades qui ne sont, le plus souvent, que des synonymes de fissure.

Diverses espèces d'herpès et d'eczémas de la vulve jouent un rôle assez important dans la production du vaginisme. De même que nous voyons des affections amener la constriction de la bouche, de l'anus et des paupières, quand elles siègent sur ces parties ; de même à la vulve elles produisent le spasme. Le vaginisme organique succède assez souvent à la défloration incomplète due à la résistance plus ou moins grande de l'hymen ou bien à l'insuffisance du mâle. Au moment de nouveaux

essais la situation se complique de la vive sensibilité dont est le siège l'hymen incomplètement déchiré et plus ou moins irrité. Il n'en faut pas davantage pour déclencher le reflexe spasmodique au moment des rapports sexuels.

Les inflammations de la muqueuse vulvo-vaginale est suffisante dans beaucoup de cas pour déterminer la contracture spasmodique. Il existe une loi de pathologie générale formulée par Boyer : « Toutes les fois qu'un plan musculaire est recouvert par une muqueuse, cette muqueuse s'enflamme-t-elle, les fibres musculaires peuvent devenir le siège d'une contracture accompagnée de spasme. Si le plan musculaire est un sphincter, comme le sphincter de l'anus, le constricteur de la vulve, l'orbiculaire des paupières, il suffit très souvent que la muqueuse soit le siège d'une lésion provoquant l'exagération de la sensibilité, pour voir une contracture spasmodique se déclarer. »

Toute inflammation vulvaire ou vaginale s'accompagne nécessairement d'une hyperesthésie plus ou moins intense. Pour la plupart, ce ne sont pas de simples vulvites traumatiques, mais des vulvites de défloration. Parmi les vulvites de jeunes mariées, la très grande majorité disparaît au bout de peu de jours ; mais il peut arriver que l'impossibilité d'introduction du pénis causée par un spasme persiste plusieurs mois.

D'après un auteur anglais, Kolisher, certaines femmes ont du vaginisme à la suite d'une irritation des caroncules hyménéales par l'urine alcaline ; la modification de cette réaction urinaire pourrait amener la guérison.

Les corps étrangers introduits dans le vagin ont pu devenir une cause de vaginisme organique. Ces corps restant trop longtemps dans le vagin peuvent produire des

lésions suffisantes pour expliquer le spasme du constricteur.

M. Richet a publié une observation dans laquelle la présence d'un pessaire dans le vagin avait produit un resserrement considérable de l'anneau vulvaire, avec hyperesthésie.

Quelquefois, avec le vaginisme, on découvre des excroissances diverses sur les organes génitaux qui peuvent expliquer, jusqu'à un certain point, le spasme vaginal. Ce sont des hypertrophies dermiques ou épithéliales, des végétations verruqueuses, polypeuses, etc., qui sont souvent très douloureuses et peuvent s'ulcérer ultérieurement.

Mais l'origine de la contracture peut avoir aussi pour siège une lésion qui n'est pas forcément localisée à la vulve et à l'entrée du vagin. Certaines déchirures du col de l'utérus sont d'une très grande sensibilité. En les touchant on provoque non seulement une vive douleur, mais encore une constriction spasmodique réflexe qui peut être très prolongée. Il en est de même pour les métrites, les péritonites et surtout des rétroflexions douloureuses.

Les affections gynécologiques, comme la présence des trompes et particulièrement d'ovaires prolapsés et enflammés dans le cul-de-sac de Douglas, peuvent donner un point de départ au réflexe (J.-L. Faure).

Des traumatismes produits par l'accouchement peuvent également donner naissance à des lésions qui, plus tard, deviendront la cause d'un vaginisme rebelle.

Mais, comme l'on verra dans le chapitre consacré au vaginisme psychique, ce vaginisme tardif est dû, pour la plupart, à des troubles psychiques survenant chez des « invalides de l'appareil génital », d'après l'expression pittoresque de A. Siredey.

Hegar, Schroder et Kaltenbach ont signalé une obliquité trop accentuée de la vulve par rapport au bassin, débordant la symphyse pubienne en avant, elle présente au choc du pénis le clitoris et la fosse naviculaire, au lieu de l'orifice vulvo-vaginal. Il se produit souvent, dans ces conditions, une meurtrissure du vestibule, en même temps qu'une dilatation de l'urèthre et des excoriations ; ce sont là autant de causes d'hyperesthésie.

Schikelé, en traitant de l'infantilisme par insuffisance ovarienne, dit que ce syndrome prédispose au vaginisme.

Les habitudes vicieuses peuvent, dans certains cas, devenir une cause évidente de vaginisme. La masturbation, par exemple, occupe ici le premier rang. Cet acte à part l'atteinte qu'il apporte à la santé générale, produit sur les organes génitaux de la femme des lésions diverses, capables de provoquer plus tard le spasme du vagin.

CHAPITRE V

Le Vaginisme psychique.

Dans le chapitre précédent, nous avons traité le vaginisme organique, symptomatique d'une lésion appréciable de l'appareil génital de la femme. Mais très souvent la vie conjugale de femmes de tout âge est troublée par des symptômes analogues, sans que l'exploration la plus minutieuse révèle la moindre lésion dans les divers segments des organes génitaux.

Déjà Sims considérait le vaginisme comme une névrose, en admettant la possibilité d'un vaginisme essentiel, mais il a toujours considéré cette affection comme étant du ressort de la chirurgie.

En 1900, en France, c'est Aragon qui a insisté sur les caractères psychiques du vaginisme ; mais c'est le mérite du professeur Walthard de Zurich, d'avoir démontré que le vaginisme peut être indépendant d'une hypersensibilité ou d'une lésion quelconque des organes génitaux externes.

D'après le professeur Walthard, le vaginisme n'est pas un réflexe physiologique, mais un complexe des mouvements de défense déclenché par une phobie, donc un réflexe psychique.

Le spasme de la musculature pelvienne peut être provoqué sans qu'on touche aux parties génitales. Les excitations auditives, visuelles et psychiques parviennent à

l'écorce cérébrale et, de là, étant entré ou non dans la conscience, sont transmises aux centres nerveux moteurs.

C'est l'étude de ces excitations qui a conduit Pawloff et ses élèves à la conception des réflexes conditionnels. On sait que ce grand physiologiste, en donnant à manger à des chiens à un signal sensible quelconque (sons de cloche), est parvenu à faire déclancher, à force d'habitude, la série des phénomènes digestifs que la présentation des aliments eux-mêmes aurait provoqués.

Si nous transportons cette analogie sur le terrain du vaginisme, nous constaterons ce qui suit : au début, la femme prédisposée, d'une constitution mentale particulière, craint ou répugne le coït ; les raisons en peuvent être multiples, nous les étudierons ultérieurement. Le réflexe psychique déclanche les mouvements de défense caractérisés non seulement par la contracture des muscles du diaphragme pelvien, mais encore plusieurs groupes musculaires distants peuvent être mis en action : les adducteurs rapprochent les cuisses, la contraction des muscles du tronc provoque une lordose lombaire et, finalement, toute la musculature du corps est mise en jeu, dans le seul but d'échapper à l'attaque.

Grâce à la reproduction réitérée de ces mouvements, ce « tic de défense » se mécanise et peut être déclanché avec une très grande facilité et rapidité à n'importe quel moment et dans les circonstances les plus diverses.

Les gynécologues connaissent très bien cette attitude un peu particulière, pendant la visite médicale, des femmes souffrant du vaginisme psychique.

Rien que la vue d'un spéculum, le cliquetis des instruments et, surtout, la crainte de la douleur ou son souvenir, suffisent pour provoquer le spasme.

Le professeur Walthard donne l'explication suivante aux phénomènes physiologiques du vaginisme :

La contracture des releveurs et ses satellites agit sur le récepteur du système sensitif par un tonus tissulaire d'un haut potentiel, l'organe copulateur en éprouve une sensation douloureuse. Grâce aux actions associées des ondes excitatrices sympathico-toniques, de l'adrénalinémie sympathico-tonique sur les éléments musculaires lisses de l'appareil copulatoire et grâce à l'irritation mécanique des sphincters lisses par les sphincters striés, le potentiel du spasme des sphincters lisses devient plus élevé et d'une durée plus longue. La répercussion subjective de ce phénomène consiste en une douleur prolongée dans laquelle prend part aussi la sensibilité superficielle des organes génitaux. Ce spasme a pour conséquence l'abolition de sécrétion des glandes de Bartholin : la préparation à l'acte sexuel n'a pas lieu.

N'a pas le vaginisme qui veut. Les femmes atteintes de cette affection ont une constitution psychique et un fond mental particuliers ; on la rencontre souvent chez les « nerveuses ». C'est ce qui explique pourquoi la maladie s'observe plus souvent chez les femmes du monde, dont le système nerveux est assez impressionnable. L'irritabilité du système nerveux prédispose à la production de ce syndrome.

D'après Michon, c'est une affection de la classe, comme on le dit, bien élevée de la société. L'éducation augmente le développement du système nerveux, au détriment de la force physique, la sensibilité est exaltée et le spasme douloureux survient plus facilement.

Ceci nous explique pourquoi cette affection si curieuse ne se voit pas si souvent dans les hôpitaux. Tous les

auteurs sont d'accord que ce syndrome s'observe surtout dans les grands centres de population ; dans les campagnes, où la vie est plus saine et moins mouvementée et où les femmes sont moins « compliquées », le vaginisme psychique se voit rarement.

Tous les gynécologues indiquent l'influence d'une éducation trop étroite et de l'ignorance sexuelle absolue dans laquelle on oublie un trop grand nombre de jeunes filles et précisément celles, comme dit Audry, qui offrent généralement le niveau moral le plus élevé. L'instinct de pudeur, l'éducation concordent à les engager à la défense contre l'acte sexuel.

Les mariages tardifs chez les intellectuels peuvent aussi expliquer dans une certaine mesure le vaginisme psychique dont la femme est atteinte : l'activité sexuelle est à son déclin chez les deux conjoints, contrastant avec l'irritabilité et sensibilité psychique et nerveuse (Berkeley et Bonney).

Curieux au point de vue psychologique est le vaginisme des nouvelles mariées, le vaginisme de la « lune de miel », comme le disent les auteurs anglais.

Nous empruntons au professeur Faure le tableau saisissant de cette variété de vaginisme :

« La défloration est pour beaucoup de femmes une épreuve pénible ; insuffisamment préparées à cette initiation, elles n'en soupçonnent guère le caractère violent. Physiquement et moralement blessées par cette prise de possession brutale, elles en gardent une impression qui pèse sur toute leur vie conjugale, ne tardant pas à exagérer chez elles l'instinct de défense et à provoquer la contracture spasmodique qui donne lieu au vaginisme.

« Dans quelques cas, la situation s'aggrave d'une ré-

sistance morale, due à ce que la jeune femme s'est résignée difficilement à un mariage contracté presque contre son gré ; les désagréments du début lui sont encore plus pénibles et lui inspirent une véritable répugnance qui devient bientôt insurmontable.

« La répétition de la douleur à chaque tentative de coït accroît la répulsion qu'ont provoqué les premiers essais. La malade appréhende de plus en plus tout retour offensif qui sera, pour elle, une nouvelle cause de souffrance. Cette crainte devient une véritable obsession qui la poursuit, même aux heures de calme, puis, se rendant compte des désirs de son mari, elle se lamente de ne pouvoir les satisfaire et s'en affecte d'autant plus qu'elle lui est sincèrement attachée. Elle se voit, dans un avenir prochain, délaissée, trahie et, sentant s'effondrer ses rêves de jeune fille, elle perd toute résistance morale et physique. »

Les phobies de toute nature peuvent donner naissance au vaginisme : la peur, l'appréhension de la douleur, la crainte de devenir enceinte, les remords au moment du coït « extra matrimonium ».

Nous avons souvenance d'un cas de vaginisme avec un penis captivus qui a eu lieu en 1923 à Varsovie et qui finit par un double suicide. C'était au printemps. Un jeune couple d'étudiants s'attarda dans un jardin public après la fermeture. Au moment de leurs ébats amoureux, un spasme violent se produisit qui emprisonna la verge. Le gardien, alarmé par les cris désespérés du jeune homme, accourut. Le médecin de l'ambulance municipale, après avoir donné l'anesthésie à la femme, sépara le couple. Les faits en pourraient rester là ; mais les journalistes, avides des faits sensationnels, ne manquèrent point de divulguer

l'aventure. Le lendemain, deux coups de revolver mirent fin aux souffrances morales des deux amants.

L'horreur physique instinctive du mâle peut être aussi à l'origine du vaginisme.

Fried de Vienne donne, dans son livre : *le Vaginisme et les hommes pervers*, une étiologie assez curieuse du syndrome qui nous intéresse. D'après lui, le vaginisme est un phénomène psycho-moteur qui survient fréquemment chez les femmes mariées à des hommes homosexuels. Le coït rectal blesserait les sentiments de pudeur de la femme, la crainte de répétition de l'acte sexuel dénaturé déclancherait le réflexe. La cause du vaginisme, d'après le même auteur, ne résiderait pas dans la constitution neuropathique de la femme, mais uniquement dans la perversion sexuelle de l'homme.

Les femmes de tout âge peuvent souffrir du vaginisme. Très intéressant au point de vue psychologique est le vaginisme des femmes à la ménopause. La ménopause détermine des idées d'infériorité ; la femme est portée à exagérer outre mesure l'importance de la ménopause, parce que c'est la grande dégringolade de puissance : la ménopause produit, surtout, des effets psychiques de diminution et les effets métaboliques de la ménopause, d'après Adler, ne font que modifier ou renforcer l'action rétrograde (Vignes).

Beaucoup de femmes d'un certain âge, affectées d'un vaginisme tardif, se rencontrent parmi les invalides de l'appareil génital.

Voici ce qu'en dit le professeur Siredey, dans son article sur le pseudo-vaginisme :

« Après un séjour au lit prolongé, après de longues périodes de souffrances, d'hémorragies, des préoccupa-

tions d'inquiétude, elles ont subi de grandes opérations hystérectomies, ablation des annexes, ouverture de vastes suppurations pelviennes. Ces interventions chirurgicales les ont guéries, mais elles sont sorties de ces pénibles épreuves affaiblies, déprimées physiquement et moralement, parfois gravement mutilées, conservant un léger endolorissement du ventre, ou tout au moins une certaine fragilité qui ne leur permet de reprendre que très incomplètement leur vie habituelle et ce n'est qu'après un certain temps qu'elles peuvent recouvrir l'équilibre de leur système nerveux.

« Elles cherchent à s'éclairer sur leur situation ; leurs lectures, les conversations des personnes qui les entourent ne contribuent que trop à les maintenir dans cet état de crainte qui les rend accessibles à toutes les suggestions. Convaincues qu'elles ne peuvent plus être les mêmes qu'auparavant, elles ont peur de reprendre la vie conjugale. Elles acceptent avec méfiance les rapports sexuels, sans y trouver la même satisfaction qu'auparavant ; pour peu qu'elles en ressentent quelque gêne, la plus légère douleur, elles se croient menacées d'une rechute et elles sont obsédées par la crainte d'une nouvelle opération. Cette hantise finit par les dominer et, peu à peu, elles arrivent à se convaincre qu'elles sont victimes d'une détérioration progressive de leurs organes. Une analyse excessive de leurs sensations semble confirmer chaque jour leurs appréhensions, entretenues par les préjugés répandus autour d'elles, elles souffrent de plus en plus et elles créent de toutes pièces le malaise qu'elles décrivent. »

Il n'y a donc rien d'étonnant que, sur un terrain psychique semblable, le vaginisme ne demande qu'à se greffer.

Le mari a été très souvent mis en cause : on lui a

reproché la brutalité, l'impotence, l'ignorance absolue de la psychologie féminine. Quelques maris, en effet, par scrupule, par concession, par convenance, sont arrêtés par les premières douleurs que la femme éprouve ; d'autres, affaiblis par un âge avancé ou par des excès vénériens antérieurs, ou bien, enfin, par suite d'impuissance congénitale, sont dans l'impossibilité d'opérer un rapprochement complet ; ils ne peuvent, malgré leurs efforts, surmonter l'obstacle qui se présente ; ils se livrent, cependant, à des tentatives réitérées, et ces manœuvres impuissantes, qui ne font qu'irriter les parties sexuelles de la femme, finissent par devenir une cause de contracture et de spasme.

On a prétendu que beaucoup de complications pourraient être évitées si le mari, comprenant mieux son rôle d'initiateur, apportait, dans les premières relations, un peu plus de douceur et de diplomatie.

Le professeur Lorrain, dans sa leçon clinique sur le vaginisme, fait la remarque suivante :

« Il y a des raisons pourquoi certaines femmes souffrent du vaginisme ; c'est parce qu'elles ont quelquefois affaire à des hommes qui n'ont pas la délicatesse, les sentiments de caresses préliminaires qu'ils doivent à la femme, chaque fois qu'ils s'en approchent ; ce sont des gens dépourvus de tact et qui veulent arriver brusquement sans frapper à la porte. »

Il ne faut pas oublier ces femmes qui ont du vaginisme irréductible avec leur mari et qui n'en ont pas avec leur amant. Ce phénomène a été signalé par plusieurs auteurs. On se rend bien compte que, dans ces cas, c'est bien un élément d'ordre mental qui entre en jeu.

Spekert (cité par Walthard) rapporte un cas suivant : Une femme atteinte d'un vaginisme rebelle répondait par

un spasme violent du vagin à chaque approche de son mari. Cette attitude de la part de sa femme était d'autant plus incompréhensible pour ce dernier qu'il était déjà père d'un enfant. Tous les traitements possibles furent institués, aussi bien médicaux que chirurgicaux ; même le traitement psychothérapique par suggestion et l'analyse psychologique n'ont pas apporté de lumière dans la pathologie de ce vaginisme. Ce n'est qu'un certain temps après qu'on a appris que la femme avait des rapports sexuels normaux avec son beau-frère et était même devenue enceinte des œuvres de ce dernier. Le manque d'affection à l'égard de son mari était à l'origine de ce vaginisme.

Un auteur allemand a pu même dire que le plus tenace vaginisme s'évanouit quand le « troisième désiré » entre en scène.

Très souvent on voit de jeunes mères effrayées des douleurs d'un accouchement précédent, ou préoccupées à l'excès d'une situation économique parfois précaire qui, redoutant d'augmenter leur famille, éprouvent une telle appréhension de rapports sexuels qu'elle se traduit peu à peu par une indifférence absolue et même par un vaginisme assez prononcé.

Le vaginisme peut être noté chez plusieurs personnes de la même famille. Budin l'a observé à quatre reprises différentes chez les deux sœurs. L'une de ces familles fut particulièrement intéressante : la sœur aînée, mariée depuis quelques années, ne devenait pas enceinte ; on constata que la pénétration n'était pas permise. Aussitôt après la dilatation, une grossesse survint. Quelques années plus tard, sa sœur cadette se maria ; les rapports furent impossibles. Le praticien qui la soigna fit, après anesthésie, une incision profonde contre le vaginisme. Il y eut une fois pénétration et fécondation, et ce fut tout, car la sensibilité ayant reparu, le vaginisme revint.

Un auteur autrichien, Knopf, signale ce fait curieux que les femmes atteintes du vaginisme ne peuvent pas apprendre à nager, à cause de l'impossibilité d'exécuter les mouvements d'écartement des cuisses.

Le vaginisme est souvent la raison de certains célibats et peut encore expliquer quelques cas d'androphobie chez la femme. Le vaginisme pourrait aussi être à l'origine de l'amour homosexuel chez le beau sexe.

CHAPITRE VI

Étude clinique.

I. — *Symptômes*

La symptomatologie du vaginisme est, dans la plupart des cas, réduite aux deux signes principaux : éréthisme de l'appareil génital externe et impossibilité de pratiquer le coït.

Les explications que la femme donne manquent généralement de clarté. Tantôt la malade raconte que, depuis quelque temps, elle souffre dans les organes génitaux ; tantôt elle avouera franchement que l'acte conjugal n'a jamais pu avoir lieu. Elle se croit « mal faite » ou « faite autrement que les autres ». Très souvent la malade vient consulter pour une stérilité.

Elle accuse une sensation de sécheresse locale qui rend le contact désagréable et même douloureux. Il lui semble que les organes se sont resserrés, que l'orifice vulvo-vaginal se rétrécit peu à peu, permettant à grand-peine d'y faire pénétrer une canule à injections ou un thermomètre.

Il lui suffit quelquefois d'appréhender l'introduction d'un corps étranger dans le vagin, ou même de fixer sa pensée sur l'irritabilité de ses organes génitaux, pour déclancher le réflexe de défense.

La malade est, dit Sims, dans l'état d'une personne

nerveuse chez qui on a, pour la première fois, introduit la pointe d'un instrument sur le nerf dénudé d'une dent cariée et que la seule idée de voir recommencer l'opération jette dans une extrême rigidité nerveuse.

Au contact, très souvent pas de douleur, à moins qu'il ne s'agisse d'un examen ou d'une tentative susceptible d'affecter un rapport avec l'acte sexuel.

Au moment de l'examen, la malade donne aussitôt des signes d'alarme, d'une agitation extrême. Elle ne peut pas dissimuler la douleur, malgré la volonté la plus forte et l'énergie ou le courage dont elle veut faire preuve. Les mouvements de défense ne sont pas limités à la région génitale, ils s'étendent aux adducteurs de cuisses qui se contractent avec force.

Quelquefois il suffit de détourner l'attention de la malade, de la « fluxer psychiquement », comme disent les auteurs allemands, ou bien d'employer le procédé de Walthard en invitant la femme de contracter la sangle abdominale, pour que l'on puisse introduire dans le vagin un doigt. Très souvent la contracture se produit à ce moment, et le doigt est serré comme dans un étau et ne se dégage qu'avec un effort.

On s'imagine très bien qu'une forte excitation psychique au cours du coït peut réaliser le syndrome du penis captivus.

Presque toujours avec un peu de patience et d'habileté on réussit à explorer la vulve et le vagin. Assez souvent on arrive à dépister la lésion qui a donné naissance au spasme (vag. organ.), mais dans la plupart des cas on trouve l'appareil génital indemne de toute lésion, parfois avec un hymen intacte (vag. psychique).

Un interrogatoire discret de la malade permettra de

se rendre compte de son état d'esprit, de son attitude envers le conjoint, des conditions familiales et économiques dans lesquelles vit la femme.

II. — *Evolution, complications et pronostic*

Tant que la femme vit en continence, aucun symptôme ne vient lui révéler l'étrange et douloureuse affection dont elle est atteinte ; les premiers symptômes ne se déclarent le plus souvent qu'au moment des rapports sexuels.

On se représente facilement les graves ennuis d'un ménage pour lequel cette irritante question sexuelle est la source de conflits et de froissements continus.

Dans le cas où le vaginisme éclate sous l'influence d'altérations variées de l'appareil génital on peut espérer que la guérison de la maladie qui lui a donné naissance le fera disparaître. Mais dans la majorité des cas c'est l'élément psychique qui engendre le vaginisme, et la disproportion flagrante qui existe entre la cause et l'effet indique une participation prépondérante du système nerveux. Dans ces cas, le pronostic dépend de la cause psychique qui a déclenché le réflexe.

Les complications sont une terminaison fréquente du vaginisme : l'inquiétude, l'insomnie, troubles digestifs, amaigrissement, la mélancolie, les troubles dans le foyer conjugal, la stérilité sont le cortège presque forcé d'un spasme vaginal qui dure depuis longtemps. Les troubles psychiques sont portés quelquefois à un tel degré que la malade finit par se suicider.

Il n'est pas toujours facile à ceux qui n'ont pas suivi toute l'évolution de la maladie de reconnaître son point de départ véritable.

Une complication assez fâcheuse du vaginisme est le pénis captivus au moment du coït. Ces cas ne sont pas rares, Hunner en a publié plusieurs, où les malheureux enlacés sont restés captifs pendant des heures entières et ont éprouvés après une seconde de plaisir des heures d'angoisse.

III. — *Diagnostic*

Les détails dans lesquels nous sommes entrés à propos de l'étiologie et de la pathogénie du vaginisme nous dispensent de nous étendre longuement sur le diagnostic qui, en général, est assez facile.

Le vaginisme est toujours accompagné d'une contracture d'une durée plus ou moins longue. Cette contracture ne saurait être confondue avec la douleur que provoque le coït au cours de certaines affections génitales. Le nom de dysparéunie a été donné aux phénomènes morbides caractérisés par la simple difficulté du coït occasionnée par de la vulvite, vaginite ou une athrésie du vagin. L'acte sexuel dans ces cas est difficile, douloureux mais il est toujours possible. Il n'y a pas de défense, mais douleur au contact et à tout contact. La dysparéunie ne s'accompagne d'ailleurs d'aucune répulsion et ne se révèle d'une manière accentuée que sous l'influence de la douleur que provoque le traumatisme local, tandis que, dans le vaginisme le spasme est absolument contemporain de l'hyperesthésie et arrête toute tentative avant que celle-ci ait eu un commencement d'exécution.

Le diagnostic du vaginisme doit être encore fait avec la névralgie vulvaire. On sait que les organes génitaux externes de la femme sont parfois le théâtre d'accidents douloureux d'un caractère spécial et que l'on qualifie habituellement de névralgies. La névralgie vulvaire se

distingue du vaginisme par la continuité des phénomènes douloureux où mieux par le fait que les phénomènes douloureux existent en dehors du coït et de toutes tentatives du coït, sans qu'aucun phénomène d'ordre psychique entre en jeu. Comme toute douleur névralgique, la névralgie vulvaire est sujette à des variations notables, à des exacerbations suivies d'accalmie, etc...

On a tort parfois de diagnostiquer le vaginisme sans examiner le mari. Il existe parfois une disproportion flagrante entre le volume des organes génitaux des conjoints, l'acte sexuel ne peut avoir lieu pour cause purement physique.

Très souvent c'est l'impotence sexuelle du mari, l'éjaculation ante portas, l'érection non soutenue, qu'on doit incriminer.

L'interrogatoire de la malade aura la plus grande importance ; il permettra de dépister la ou les causes morales qui manquent rarement pour expliquer le trouble.

IV. *Vaginisme et état puerpéral*

Il est évident que le vaginisme s'oppose complètement à l'accomplissement de l'acte conjugal. Par l'interrogatoire des malades on apprend que le coït n'a jamais pu être pratiqué normalement ; qu'à la douleur s'ajoute une résistance invincible, un obstacle insurmontable à l'intromission de l'organe viril, à chaque nouvel essai, succède un nouvel échec.

Il n'y a donc rien d'étonnant que la conséquence habituelle du vaginisme est la stérilité dont la cause réside purement dans l'obstacle mécanique à l'introduction du pénis et par suite du sperme dans la cavité vaginale. Cependant, les exemples des grossesses coïncidant avec la présence de l'hymen sont assez fréquentes et dans les

hôpitaux on voit souvent des femmes enceintes avec une virginité anatomique parfaite, devenues gravides à la suite d'un coït purement vestibulaire. Les femmes atteintes du vaginisme peuvent donc devenir enceintes.

Le docteur Thomas, de New-York, communique un cas dans lequel le médecin éthérisa sa malade atteinte de vaginisme et la livra ensuite à son mari qui cohabita avec elle on ne peut plus facilement ; ce coït fut suivi d'une grossesse. Les américains ont dénommé ce procédé « *ethereal copulation* ».

Quelle influence exerce le vaginisme sur la grossesse et réciproquement ? La grossesse chez les femmes atteintes du vaginisme suit pour la plupart son cours normal. Nous avons interrogé sur ce sujet plusieurs femmes à la clinique Tarnier, dans le service du Professeur Brindeau. La grossesse et l'accouchement se terminent de la façon la plus heureuse. Quelquefois on constate des troubles de la contraction utérine et on est obligé de finir par un forceps.

On pourrait s'attendre que sous l'influence de l'assouplissement des organes provoqué par la grossesse l'orifice vaginal deviendrait perméable, mais la pratique courante nous montre que pour la plupart la gestation n'améliore pas le vaginisme psychique.

« Avant elle avait eu un enfant et aujourd'hui la tête d'un pénis ne peut plus passer par où est passé la tête d'un enfant », a dit le professeur Lorrain dans sa leçon clinique consacrée au vaginisme. Néanmoins, les cas ne sont pas rares où le vaginisme a disparu complètement après la parturition ; la maternité effective est un moyen parfois efficace d'interrompre le réflexe ou d'en effacer le point de départ dans le champ des idées.

CHAPITRE VII

Traitement.

Le vaginisme est une affection très rebelle au traitement. Divers procédés thérapeutiques ont été préconisés, chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients. Les résultats sont variables suivant les auteurs, chaque auteur les interprète à sa façon et les compte plus ou moins nombreux selon qu'il est lui-même plus ou moins modeste.

Nous distinguerons cinq méthodes de traitement du vaginisme : *procédés médicaux, procédés chirurgicaux, électrothérapie, procédés psycho-physiques et psychothérapie.*

1° *Procédés médicaux*

a Après avoir examiné avec beaucoup d'attention et ménagement la malade, si on trouve quelque lésion on cauterisera les fissures au moyen d'une solution de nitrate d'argent au 1/20 ou 1/15, puis on fera des onctions au collargol à un 16.

b) *Dilatation progressive.* — En utilisant la vaseline cocaïnée on peut insensibiliser les organes génitaux et pratiquer la dilatation progressive sans déterminer des douleurs. Pendant deux ou trois jours on fait faire des toilettes vulvaires et les injections vaginales antiseptiques. On prescrit de la vaseline cocaïnée (cocaïne 1 gr. 50, vase-

line 30 gr.) et au moment d'intervenir on en met sur la vulve, on en introduit aussi avec le bout du doigt sur l'orifice et même dans le canal vaginal. Après 10 ou 15 minutes la sensibilité est extrêmement atténuée, on met de nouveau de la cocaïne et on commence la dilatation : l'index pénètre bientôt tout entier, jusqu'à sa base, puis on le retire et on introduit simultanément l'index et le médius, en s'avancant doucement, progressivement. Des tiges métalliques de Hegar, qui ont été plongées dans de l'eau tiède, sont introduites à leur tour.

Budin affirme de ne jamais avoir eu d'insuccès avec ce procédé.

2° *Procédés chirurgicaux*

a) *Dilatation brusque.* — L'anesthésie complète obtenue, la dilatation digitale faite comme pour une fissure à l'anus, on introduit un spéculum, qu'on sort et on laisse ouvert, on met une mèche et on attend la guérison :

b) *Opération de Sims.* — Section du sphincter vaginal qui n'est plus pratiquée aujourd'hui ;

c) *Section du nerf honteux interne.* — Cette opération était jadis préconisée par Simpson. En 1899, Rochet a réglé une technique de découverte du nerf et a obtenu plusieurs succès dans les cystalgies ou des douleurs spasmodiques du périnée chez les urinaires. D'autres cas furent publiés en 1899 et 1900 par MM. Albertin et Raffin à la Société de Chirurgie de Lyon. En 1902 Tave (de Berne) publie dans la revue de chirurgie deux observations personnelles du vaginisme guéri par cette observation. En 1923, L. Michon et P. Wertheimer rapportent dans le *Lyon Médical* un cas de vaginisme traité par la névrotomie unilatérale du nerf honteux interne suivi de guérison.

L'interruption d'un arc reflexe peut améliorer le vaginisme ou insensibiliser le territoire auquel se rendent les filets nerveux.

Il faut bien reconnaître que malgré les perfectionnements de la technique et l'habileté des opérateurs, les interventions sanglantes échouent souvent en raison de la part prédominante qu'à prise le système nerveux dans le syndrome du vaginisme (J.-L. Faure).

Nous croyons que les différents procédés chirurgicaux n'agissent pas autrement que par suggestion dans cette maladie.

III. — *Electrothérapie*

a) *Par la Haute Fréquence.* — La femme étant couchée dans la position obstetricale, on fait passer pendant dix minutes une effluve des courants de H. F. en se servant d'une électrode vaginale à manchon de verre. On introduit le bout de l'électrode dans l'orifice et puis au fur et à mesure que le spasme rétrocede on enfonce l'électrode en lui imprimant des mouvements de vrille.

Les séances seront si possible quotidiennes d'une durée de dix minutes. Après chaque séance, on badigeonne le vagin avec une solution d'acide picrique qui possède des propriétés kératinisantes, analgésiantes et légèrement antiseptiques. (Mme Francillon).

Les courants de H. F. agissent surtout sur l'élément douleur du vaginisme.

b) *Faradisation bipolaire.* — On se sert d'une électrode vaginale bipolaire. Une fois l'électrode en place, on la relie à la bobine à fil fin d'un appareil faradique à trembleur rapide et on fait passer le maximum d'intensité tolérable, de temps à autre, au fur et à mesure que

le passage du courant amène une analgésie on augmente l'intensité (Laquerrière).

c) *Diathermie*. — Séances quotidiennes de dix minutes.

Les radiologues préconisent beaucoup l'emploi de l'électricité dans le vaginisme. Mais d'après Lacquerrière, si la sélation est fréquente, les résultats définitifs, les guérisons durables sont naturellement beaucoup plus rares.

IV. — *Procédés psycho-physiques*

a) *Procédé de Walthard*. — Déjà Descartes puis Charles Bell et dernièrement E. Hering et Sherington ont démontré que quand un groupe musculaire synergique entre en action, les muscles antagonistes perdent leur tonus. Ce phénomène physiologique sert de base à son procédé. La mise en action des muscles de la sangle abdominale provoque une parésie de la musculature pelvienne. Nous assistons au même phénomène au moment de l'expulsion normale pendant l'accouchement : il faut que le périnée se paralyse grâce à l'action de la poussée abdominale, pour permettre la progression de la présentation.

Au moment d'introduction d'un corps étranger dans le vagin on invite la femme de contracter sa sangle abdominale. Ce procédé permet d'introduire un corps étranger ou le pénis dans l'orifice vaginal sans aucune résistance et par conséquent sans aucune douleur. La malade elle-même se rend compte de l'inanité de son appréhension, ce qui est déjà d'une grande utilité pour le traitement psychothérapique ultérieur.

Walthard prétend d'avoir guéri par ce procédé associé à la psychothérapie presque la totalité de ses malades. Nous pouvons ajouter que le procédé de Walthard n'est

pas un traitement du vaginisme, mais rien qu'un artifice permettant une période d'attente avant l'application d'un traitement adéquat.

b) *Procédé de Thure Brandt*. — Massage suédois.

Voici le procédé de Brandt décrit par lui-même d'après Sacquet : « Je considère comme capital de persuader à la malade avant tout qu'on n'exercera aucune violence. On sait combien est grande la sensibilité dans cette affection. La malade étant demi-couchée, jambes pliées, j'applique le doigt enduit de vaseline sur l'une, puis sur l'autre de grandes lèvres, très légèrement pour commencer et en demandant si cela fait mal.

« Puis j'applique le doigt sur l'autre point, très doucement et en posant toujours la même question.

« Le lendemain et les jours suivants, je continue de même façon, approchant par degrés de l'orifice vaginal. Graduellement, j'arrive à mettre le doigt à l'entrée de l'orifice vulvo-vaginal, puis je le retire sans, pour ainsi dire, que la malade s'en aperçoive. La séance est terminée. A la suivante, je pénètre un peu, très peu, laissant le doigt cheminer par son propre poids et j'exerce une très légère compression à droite et à gauche. En allant ainsi par degrés et en exerçant toujours cette compression, on réussit en quelques jours à introduire l'index. »

Brandt touchait d'une manière spéciale, en introduisant la main au dessous de la cuisse et en évitant de fermer les doigts dans la paume.

Par ce procédé Th. Brandt est arrivé en quelques semaines, parfois en quinze jours, dans le cas le plus favorable, à guérir cette affection.

En fait, il s'agit d'une dilatation progressive, doublée de suggestion.

V. — *Psychothérapie*

La psychothérapie, dit Grasset, est le traitement des maladies par les moyens psychiques, c'est-à-dire par la persuasion, l'émotion, la suggestion, la distraction, la foi, les prédications, d'un mot par la pensée (Grasset, *Revue des Deux-Mondes* 1905).

Le vaginisme, comme nous l'avons démontré est une affection dans laquelle l'élément physique et nerveux jouent un rôle prépondérant. Aux troubles de nature psychique, on doit opposer une thérapeutique psychique, faire le traitement moral ; la suggestion est indiquée pour détruire l'idée pathogénique et la remplacer par l'idée contraire. A l'état de veille, la suggestion suffit parfois pour faire disparaître le vaginisme. Chaque médecin pratique la suggestion consciemment ou inconsciemment et cette partie de son rôle n'est pas négligeable.

Il devra, en usant de son autorité, de la confiance qu'il inspire, assurer la patiente, lui montrer que ses appréhensions sont vaines, tranquiliser son esprit, distraire son imagination, lui faire espérer une guérison prochaine.

Les traitements locaux par leur action suggestive font quelquefois merveille. Enfin l'hypnose, en soustrayant la malade aux influences extérieures et ses propres impressions, en renforçant le pouvoir de la suggestion, sera employé en dernier recours. Chaque malade présente des dispositions individuelles dont il faut tenir compte. Parmi les nombreux procédés de la psychothérapie, il importe de savoir choisir avec discernement et de suivre

à l'égard de chaque malade le plan de conduite qui lui convient.

On doit recommander à la malade de cesser tout commerce sexuel pendant le traitement. On ne se désintéressera pas des soins généraux dont l'hydrothérapie, le repos, une vie calme aussi exempte que possible d'émotions constituera les principaux éléments.

Il est indispensable de mettre au courant du traitement le mari dont la collaboration patiente et éclairée sera un des plus surs éléments de guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par le Docteur Novarro. — Thèse de Visca)

Mme V..., âgée de 40 ans, veuve, petite et grêle, d'une imagination vive et de désirs érotiques très prononcés, fut réglée de très bonne heure et perdit à chaque époque une quantité insignifiante de sang. Mariée très jeune, elle ne put jamais avoir de rapports sexuels complets, à cause de la persistance de l'hymen. Son mari mourut peu de temps après son mariage ; les règles s'arrêtèrent complètement ; tous les signes d'une rétention des menstrues se manifestèrent, à tel point qu'il fut nécessaire de pratiquer l'ablation de l'hymen.

Tous les signes de rétention menstruelle cessèrent complètement ; mais il resta un certain degré d'inflammation caractérisé par un peu de douleur et un écoulement mucopurulent s'exagérant au moment des règles.

C'est dans cet état que je trouvai la malade, lorsqu'elle voulut bien me consulter. Voici d'autres renseignements que j'ai pu obtenir depuis. Cette malade, lorsqu'elle veut prendre une injection, après avoir introduit la canule avec difficulté et un peu de douleur, est forcée d'attendre pour la retirer, car elle fortement serrée par une contraction spasmodique du constricteur du vagin. Par le toucher vaginal, j'ai trouvé une étroitesse du vagin, probablement congénitale ; car je ne puis pas l'attribuer à la rétraction du tissu cicatriciel, suite de l'opération ; en outre, un gonflement douloureux se trouve dans le cul de sac antérieur. L'introduction du doigt est assez facile, quoique douloureuse ; mais aussitôt introduit jusqu'à la première phalange, il est modérément serré par une contraction vulvo-vaginale assez évidente et assez douloureuse pour qu'on soit forcé d'attendre sa cessation pour pouvoir retirer le doigt ; car sans cette précaution, on augmen-

terait beaucoup la douleur. Enfin, causant avec la malade sur les phénomènes qu'elle éprouve du côté de l'appareil génital, elle m'a plusieurs fois fait observer qu'elle éprouvait des contractions dans la vulve, sous l'influence de la conversation se rapprochant à cet appareil.

L'inflammation vaginale a considérablement diminuée, à l'aide d'injections émollientes et narcotiques, de bains de son et de cataplasmes sur la vulve ; l'excitation pendant les époques menstruelles a disparu ; mais les contractions vulvo-vaginales, aussi bien spontanées que provoquées par l'introduction de la canule à injection ou du doigt, quoique moins énergiques, ne persistent pas moins.

C'est donc dans un cas de vaginisme évident, et qui a reparu, malgré l'excision de l'hymen et la dilatation de l'orifice vulvaire. Et il existe encore chez cette malade, puisque la contraction empêche de retirer la canule à injection, puisque le doigt est serré pendant le toucher, et puisque la malade en a conscience sous l'influence d'une émotion morale.

Je suis loin de nier l'influence de la lésion vaginale sur la production de ces phénomènes de vaginisme ; mais je crois que l'état nerveux de la malade et surtout la vivacité de l'imagination et les désirs vénériens non satisfaits pourraient être pour beaucoup dans la production de ces spasmes du canal vulvo-vaginal.

OBSERVATION II

*(Communiquée par le Docteur M. A. Pasalagna.
Thèse de Visca).*

Mme N..., âgée de 15 ans, habitant Mexico, se présentait avec son mari devant les tribunaux il y a seulement quelques années, celui-ci demandait la séparation de corps. Le mari fondait cette demande sur ce que, depuis le mariage, les rapports sexuels n'avaient pas pu avoir lieu. Le juge nomma une commission composée de trois experts, dont voici le résumé du rapport formulé par les hommes de l'art :

« Mme N..., d'une constitution robuste et d'un tempérament nerveux avait eu, dans son jeune âge, de mauvaises habitudes, suivant les renseignements donnés par les membres de sa famille ; cette jeune fille ne perdait jamais la moindre occasion de se masturber. Elle fut réglée à l'âge de 13 ans et

deuxième, et depuis cette époque, elle a toujours eu de fortes migraines ; quelque temps après, à l'âge de 14 ans et demi, elle eut les premiers rapports sexuels, et deux mois plus tard, elle fut enlevée de Mexico, où elle ne revint que quatre mois après. C'est alors que le père de la jeune fille força son séducteur à l'épouser ; ce qui fut fait quelque temps après. Mais, quinze jours s'étaient à peine écoulés que le mari demanda la séparation de corps, se fondant sur l'impossibilité qu'il avait éprouvée de pratiquer le coït, et sur ce qu'il croyait sa femme impuissante ou mal conformée.

« Elle donna comme renseignements que pendant son union illégale avec celui qui est aujourd'hui son mari, le coït s'était toujours réalisé et avec ardeur ; un peu douloureux au début, plus tard il se consommait sans aucune difficulté ; mais quelque temps avant l'époque de son mariage, elle avait commencé à souffrir dans les organes génitaux. Aux premières approches de son mari, elle souffrait tellement, qu'elle a cru devoir recourir à quelques injections ; mais celles-ci furent impossibles à cause de la douleur et du spasme, et le bout de la seringue ne pouvait pas même franchir l'ouverture vulvaire ; qu'enfin son mari n'a jamais pu pénétrer et les souffrances étaient extrêmes. Elle croit donc que son mari est mal conformé ou que les organes étant trop volumineux, il lui déchira peut-être quelque chose lors de ses derniers rapports avec elle (avant le mariage). Elle demande donc aussi à se séparer de son mari.

« On procéda à l'examen des organes génitaux, et on les trouva dans des conditions à peu près normales. La vulve était assez développée, les grandes et petites lèvres un peu flasques et grosses. Le clitoris présentait une longueur énorme, 10 centimètres environ. Quand on voulait écarter les grandes lèvres, elle souffrait tellement qu'elle fut prise de mouvements convulsifs et voulut se soustraire à toute exploration, etc. On décida alors la chloroformisation de la malade et ce ne fut que quand l'anesthésie fut complète, qu'on arriva à pratiquer le toucher. Le doigt put alors entrer très facilement dans le vagin. Il n'y eut, à la suite de cette exploration par le doigt qu'un léger écoulement muco-sanguinolent. L'examen avec un petit spéculum fit voir quelques petits caillots sanguins s'insinuant à travers le col utérin.

« La malade, aussitôt l'action anesthésique passée, présentait les mêmes signes, les mêmes souffrances à la moindre tentative exploratrice.

OBSERVATION III

(*Tribune médicale* du 7 novembre 1869, par M. Bernier.

Extrait du Bulletin médical de l'Aisne)

Je fus appelé un matin près d'une jeune dame blonde, fraîche comme une rose, mariée depuis quelques jours à peine, et qui avait jusque-là joui de la santé la plus florissante. Depuis vingt-quatre heures, elle ressentait dans les parties génitales une douleur tellement vive qu'elle osait à peine se livrer au moindre déplacement, et qu'elle était obligée de rester les jambes écartées et d'empêcher tout contact de couvertures, dans la certitude d'exaspérer la douleur qui, du reste, ne s'apaisait jamais. L'envie d'uriner venait comme à l'ordinaire ; seulement la malade retardait d'accomplir la miction pour ne pas augmenter ses souffrances. Il lui semblait, me disait-elle, que quelque chose battait à gauche à l'entrée de la vulve.

Je crus avoir affaire à un abcès du vagin, résultat des premiers rapports sexuels ; d'autant plus que le mari me confia avoir éprouvé beaucoup de difficultés pour accomplir l'acte conjugal. Pommade belladonnée et cataplasmes.

À ma seconde visite, même état ; pupilles dilatées ; on renvoya au jour suivant d'accéder à ma demande de visiter les parties. Le quatrième jour, en comptant du début de la maladie, souffrances toujours aussi vives. Il fallut procéder à l'inspection de la vulve et du vagin.

Les grandes et les petites lèvres, le méat urinaire et l'entrée du vagin ne présentaient rien d'anormal, pas même d'exagération dans la couleur rose de ces parties, qui étaient lubrifiées comme à l'ordinaire. Je voulus, à l'aide de plusieurs doigts, entr'ouvrir le vagin pour examiner en détail et éviter l'emploi du spéculum. Cette opération ne se fit pas sans user de quelque violence pour vaincre la constriction des parties où, malgré toute mon attention, je ne pus rien découvrir.

J'allais appliquer le spéculum, mais quel ne fut pas mon étonnement quand la dame nous dit gaiement qu'elle était mieux et que toute la douleur avait disparu. Je la touchai de nouveau et, cette fois, avec facilité. La malade voulut même se lever aussitôt et vint rejoindre son mari au déjeuner, auquel elle fit honneur. La guérison s'est parfaitement maintenue.

A quel état pathologique rapporter ces symptômes ? Conviennent-ils à l'inflammation ? Evidemment non. C'était donc bien un cas de vaginisme, état indépendant de toute lésion matérielle appréciable, autrement dit, au spasme, une constriction de l'ouverture du vagin ; et cependant, pourquoi ce point douloureux et cette tension pulsative dans le côté gauche ?

OBSERVATION IV

(Publiée dans le « *Medical Age* », Détroit Michigan U.S.
10 Janvier 1885)

Un cas de penis captivus. — De Docteur Egerton Y Davis rapporte dans le « *Medical News* » de Philadelphie, un cas curieux de vaginisme, présentant en même temps des particularités toutes nouvelles. Un monsieur entendant du bruit dans la chambre de son cocher, s'y rendit pour en connaître la cause ; mais qu'on juge de sa surprise en trouvant son cocher et une bonne dame dans le même lit et dans une posture tout à fait compromettante. Le bruit qu'il avait entendu était causé par les efforts qu'ils faisaient pour se dégager l'un de l'autre, et à la vue de leur patron leurs efforts redoublèrent, en même temps qu'augmentèrent leurs souffrances, ainsi que le témoignaient les cris qu'ils poussaient en se débattant. Ils roulèrent hors du lit mais malgré de nouveaux et frénétiques efforts, le couple restait réuni. Le patron lui-même tenta de les séparer ; mais reconnaissant l'inanité de ses efforts, il envoya chercher le Docteur Davis. Arrivé dans la chambre, la position n'était pas modifiée, le penis était toujours fermement maintenu par le vagin comme dans un étau. Le docteur fit une application d'eau glacée mais sans pouvoir réussir ; enfin après avoir vainement essayé toute espèce de moyens, il donna le chloroforme à la femme. Après

quelques inhalations, l'anesthésie fut obtenue, fit cesser la contracture spasmodique du sphincter, et la verge captive, gonflée et livide, fut rendue à la liberté.

Mais cet organe présentait deux étranglements, ce qui indiquerait que le spasme du sphincter a dû se produire en deux points.

OBSERVATION V

*(Publiée par le Docteur Dalché dans le Journal de Med. Int.
Paris 1904, VIII)*

J'ai souvenance d'avoir vu une malade atteinte de vaginisme et chez laquelle on le fit disparaître par suggestion d'une manière assez curieuse. Le vaginisme était chez elle poussé à un tel degré, qu'il était matériellement impossible au mari d'avoir le moindre rapport. Le médecin et la famille s'étant concertés, on finit par persuader cette jeune femme que son mari avait eu des rapports avec elle à son insu, pendant son sommeil. Elle le crut et dès lors supporta sans entraves les rapprochements, devint enceinte, accoucha et resta définitivement guérie.

OBSERVATION VI

*(Inédite, due à l'obligeance de M. Valençon,
Assistant de Radiologie à la Pitié)*

Je fus appelé en consultation par mon collègue, le docteur P..., afin de donner avis sur l'état de Mme X..., âgée de 33 ans, laquelle mariée depuis deux ans n'a pas pu avoir des rapports réguliers avec son mari. J'apprends que toutes les tentatives de rapprochement faites pendant les premiers temps du mariage ont été infructueuses et que le mari n'a jamais pu pratiquer l'intromission complète. Les époux très affligés avaient fini par avouer cet état à leur médecin à Rennes qui posa le diagnostic de vaginisme et se décida à recourir au traitement chirurgical. Après avoir chloroformé la malade, il pratiqua la dilatation brusque. Ce traitement n'ayant donné aucun résultat, la malade s'adressa au docteur P., qui, à son tour, a bien voulu me la confier.

Je pratiquai l'examen local les organes génitaux externes ne présentaient aucune trace de lésion, l'orifice vaginal est très étroit et le toucher est tellement douloureux que je renonce à le pratiquer. J'étais en présence d'un vaginisme très prononcé et comme Mme X... et son mari désiraient à tout prix voir cesser cet état, je me décidai à pratiquer la diathermie.

Le résultat de ce traitement a été le plus favorable : un mois après la malade était guérie. Le toucher était devenu facile. La douleur, le spasme et autres accidents, tout avait disparu. La copulation, qui n'avait pu se faire depuis le mariage, est devenue possible et même facile.

Un an plus tard, je revis la malade : elle est venue me trouver pour ces troubles semblables. J'appris qu'elle vit en état de séparation avec son mari et qu'à présent c'était son ami qui, à son tour, butait contre l'obstacle.

Après trois séances de diathermie, Mme X... se trouva guérie et ne manqua point de m'en remercier avec effusion. A ma plus grande stupéfaction, la malade en me quittant exprima le désir de subir le même traitement par voie anale. Inutile d'ajouter que j'ai refusé de donner satisfaction à la demande de la dame dont l'esprit d'invention n'avait d'égal que sa complaisance.

OBSERVATION VII

(Publiée par le Docteur L. Laquerrière, dans le Bulletin de la Société Française d'Electro-Thérapie et de Radiologie)

VAGINISME DE CAUSES MULTIPLES (LOCALES ET PSYCHIQUES) GUÉRI PAR L'ELECTRICITÉ

Mme P..., 28 ans, se présente à la clinique pour différents troubles neurasthéniques.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires, sauf un nervosisme léger chez la mère.

Antécédents personnels : née à huit mois, à la suite d'une émotion de la mère. A toujours été chétive, souffreteuse et nerveuse, pas de convulsions, grandes colères, longues crises de larmes.

Etant enfant était continuellement triste (ce qu'elle attribue à ce que sa mère s'était remariée).

Très anémique de 15 à 17 ans, avait souvent des pertes de connaissance. A lu beaucoup de romans étant jeune fille, et en a profité pour s'habituer à ne pas voir la vie par son côté réel.

Jamais d'onanisme, jamais de tendances homo-sexuelles, jamais de désirs sexuels avant le mariage.

S'est mariée à vingt ans, aimait bien son mari, mais pas sexuellement. Le jour du mariage avait ses règles, il n'y a eu d'essai de rapports que le huitième jour, et soit que le mari n'ait pas été à la hauteur de la situation, soit qu'il y ait eu réellement un obstacle mécanique, ces essais ont été continués durant huit jours sans résultat ; ils causaient de l'énervement et quelques douleurs, mais pas de désir.

Un médecin consulté fit une incision de l'hymen et conseilla des rapports le jour même. Ce coït fut mené à bien, mais il fut extrêmement douloureux, provoquant d'abord une douleur au niveau de la vulve, puis une autre douleur profonde ; il fut l'occasion d'un énervement très désagréable, et n'amena aucune sensation voluptueuse. Par la suite, les rapports ne furent plus douloureux, mais continuèrent à provoquer un énervement général de plus en plus marqué, si bien que Mme P... les éloignait le plus possible.

Durant les premières années du ménage, elle ne s'inquiéta pas de cette situation et se trouvait heureuse, sauf son appréhension des caresses conjugales et ne pensait pas qu'il y eut autre chose à chercher dans le mariage.

Peu à peu elle s'aperçut que son mari n'était pas l'idéal qu'elle avait rêvé en lisant des romans et tout en continuant à avoir de l'affection pour lui, elle commença à éprouver une antipathie sexuelle, trouvant qu'il « était trop froid, qu'il n'était pas un homme, etc... »

Vers la quatrième année, elle eut des excitations d'abord insignifiantes, mais qui allèrent en augmentant. Ces excitations étaient constituées par un phénomène psychique vif, intense, mais sans jamais de localisation génitale.

Ces phénomènes ne la portèrent jamais vers son mari et n'eurent d'abord aucun but précis. A un moment donné ils se spécialisèrent sur un monsieur habitant la même maison qu'elle, « monsieur intelligent, bien supérieur au mari, etc... »

et elle déclare que sans un déménagement, elle aurait sans doute laissé voir la sympathie qu'il lui inspirait.

Depuis, les crises se sont continuées et sont maintenant si intenses que parfois elle se roule par terre ; le plus souvent elle ne désire personne en particulier, parfois aussi tous ces troubles se déroulent parce qu'elle a remarqué un individu dont la figure lui a plu et qui « serait peut-être capable d'éveiller ses sens ».

La simple présence de son mari suffit le plus souvent à faire avorter la crise.

Ces troubles deviennent de plus en plus fréquents, de plus en plus intenses et se produisent même la nuit, ce qui gêne le sommeil.

Enfin depuis quelques années, par suite de sa situation de fortune, elle est terrorisée par l'idée qu'elle pourrait devenir mère, et elle ne pense durant le coït qu'à la difficulté qu'elle aurait à élever un enfant (c'est même pour cela, dit-elle, qu'elle n'a jamais essayé de tromper son mari).

Antécédents génitaux : Réglée à 13 ans normalement. De 15 à 17 ans, dysménorrhée tous les deux mois. Première grossesse à 22 ans, accouchement normal, deuxième grossesse à 25 ans, accouchement à terme, enfant mort le neuvième jour (?), suites de couches pathologiques, fièvre, péritonite ou obstruction intestinale (?). Depuis, la malade souffre du ventre et perd en blanc.

Depuis ce moment, les rapports sont douloureux et provoquent des douleurs du bas-ventre plus ou moins durables.

Rien de particulier à signaler du côté des autres appareils.

En somme, la malade attribue non sans raison tous les symptômes neurasthéniques qui l'amènent (céphalée, perte de mémoire, asthénie) à ses troubles sexuels.

Examen génital : vaginisme très intense, surtout provoqué par la pression sur la fourchette ; utérus abaissé en rétroflexion, endométrite avec l'ectropion de la muqueuse, paramétrite postérieure.

On peut résumer ainsi la situation de cette malade :

1° Névropathe, dont les premiers rapports sexuels ont été douloureux et qui n'a jamais eu ni de sensations génitales, ni de spasmes voluptueux.

2° Obsession amenant des crises de nervosisme et ayant pour thème, la curiosité psychique de la volupté.

3° Antipathie sexuelle pour le mari, antipathie découlant de cette curiosité non satisfaite.

4° Lésion génitale rendant le coït douloureux au moment même et produisant à sa suite des douleurs plus ou moins prolongées.

5° Phobie intense de la fécondation qui trouble encore le rapprochement sexuel.

Traitement. — 1° Du 18 avril au 19 mai, sept séances de **faradisation bipolaire**. Dès la première séance, sédation considérable. Après la deuxième séance, elle nous dit qu'elle introduit maintenant sans difficulté et sans douleur sa canule à injections et qu'elle n'a plus de crises de désirs.

Lors de la sixième séance, le vaginisme est insignifiant avant l'application et a totalement disparu après. La malade est moins nerveuse, moins triste.

2° Comme elle souffre toujours du ventre, on décide de soigner l'endométrite. Du 22 mai au 6 octobre, 20 séances d'ondulatoire intra-cervicales de 15 à 20 mA. Les divers signes de métrite s'amendent rapidement sous l'influence de ce traitement. Les rapports sexuels, au début de cette période présentent les caractères suivants : 1° presque plus de douleur à l'entrée ; 2° la douleur profonde est la même qu'autrefois ; 3° la sensation de malaise général et de dégoût est la même.

A la fin, elle se considère comme guérie au point de vue sexuel. Les rapports ne provoquent de douleur ni à l'entrée ni dans le fond, la sensation de malaise général qu'ils provoquent est très atténuée.

Enfin, fait curieux à noter, la malade a eu très rarement quelques-unes de ses anciennes crises de désirs, mais très atténuées et accompagnées d'une sensation localisée aux organes génitaux, sensation de gonflement douloureux.

OBSERVATION VIII

(Publiée par le Docteur A. Nayer,
dans la « Zentralblatt für Gynäkologie », 1922)

Un jeune couple vient demander l'avis d'un psychiatre avant de convoler en justes noces. Le praticien déconseille

aux jeunes gens d'avoir des enfants vu la fréquence des maladies mentales dans leurs familles. Dans ce but, après un consentement mutuel, un coït interrompu a été envisagé.

Mais après le mariage, la femme « a changé » ; elle s'est aperçu d'avoir trop vite renoncé à ce que toute femme normale désire si ardemment à savoir : être mère et avoir un enfant.

Blessée dans ses instincts maternels, la femme avait réagi par un vaginisme violent qui rendit la cohabitation impraticable.

L'examen gynécologique révéla que par suite d'une réflexion fixée et irréductible avec périmétrite, la conception est absolument impossible et que les mesures de prudence employées jusqu'alors furent pratiquement superflues.

La femme, convaincue que la stérilité était due aux causes pathologiques finit par accepter sans défense les rapports et le vaginisme disparut comme par enchantement.

OBSERVATION IX

*(Publiée par le Docteur Johannes Raefler in Zentralbl
für Gynak, 1921, p. 1274)*

Mme R..., 21 ans, nullipare, mariée depuis un an, vient consulter à la clinique gynécologique de Heidelberg pour un spasme douloureux du vagin empêchant le coït. Ces troubles datent depuis le début du mariage, mais la malade par sentiment de pudeur n'a pas voulu consulter avant.

La patiente eut plusieurs rapports avec son mari mais ils furent si douloureux que les conjoints décidèrent de cesser tout commerce sexual. La seule pensée d'un rapprochement provoquait le spasme chez la femme.

Examen génital. — Après de longues persuasions, la malade consent de se mettre en position gynécologique. Il nous est possible de constater que l'appareil génital externe est indemne de toute lésion.

Notre premier but thérapeutique était de supprimer la crainte du coït et l'appréhension de la douleur. J'ai décidé d'avoir recours à l'hypnose pour provoquer l'anesthésie des organes génitaux externes et du périnée.

Avec le consentement de la malade, j'ai procédé à l'hyp-

nose, mais ce n'est qu'à la troisième séance que j'ai obtenu l'état de détente — un sommeil profond.

J'ai suggéré l'anesthésie d'une main et après réveillé la patiente je lui ai piqué la main avec une aiguille pour lui prouver la réalité de l'anesthésie.

Dans la quatrième séance, j'ai provoqué l'hyperesthésie de l'autre main. Après ces preuves, c'était avec confiance que la malade avait envisagé les propriétés thérapeutiques de l'hypnose et dans son esprit, l'idée s'est gravée qu'elle serait soulagée de ses souffrances grâce à mon traitement.

Dans la cinquième séance, commençant par l'anesthésie d'une main, j'ai très vite obtenu la désensibilisation du périnée, de l'orifice vaginal et du vagin lui-même. J'ai piqué la malade avec une aiguille à plusieurs reprises sans provoquer la moindre douleur. J'ai réussi avec facilité d'introduire un, puis deux doigts dans le vagin et enfin un petit spéculum a pu être placé.

Après chaque séance, je n'ai pas manqué de rassurer la malade sur les progrès de mon traitement. Dans les séances suivantes, j'ai augmenté progressivement le calibre du spéculum employé (à la malade je montrais toujours un spéculum d'un plus fort calibre).

Dans la dernière séance, j'ai introduit un grand spéculum en verre, cette fois-ci en présence du mari ; de cette façon lui aussi était convaincu de l'efficacité du traitement.

Chez les deux conjoints, j'ai placé ensuite la suggestion que sous l'hypnose le commerce sexuel est devenu possible.

Mon deuxième but thérapeutique était de garder les mêmes résultats sans sommeil hypnotique, que j'ai atteint par la diminution graduelle de l'intensité de l'hypnose.

Dernièrement, j'ai eu des nouvelles de ma cliente : elle est complètement guérie.

OBSERVATION X

(Publiée par le Docteur P.-H. Williams, de New-York in the American Journal of Obstetrics, vol. LXXIV, p. 226)

Mme M..., âgée de 24 ans, vient consulter pour l'impossibilité de pratiquer le coït avec son mari.

Dans les antécédents, il n'y a rien de particulier à noter,

a été toujours très impressionnable et sujette aux accès de tristesse. Règles normales.

Mariée en avril 1910 à un chauffeur employé dans la même maison qu'elle ; quelques semaines avant le mariage, une veuve de connaissances de la femme essaya de l'effrayer en lui racontant en termes hyperboliques les souffrances et les misères que comporte la vie conjugale. Fortement impressionnée par ces conversations, la malade se décida de rompre les fiançailles mais en fut dissuadée par son entourage.

Après le mariage, toute tentative de rapprochement sexuel resta infructueux. A chaque essai la malade se débattait, le corps en opisthotonos ; la persévérance du côté du mari amenait souvent la syncope.

La malade consulta plusieurs médecins et subit toutes sortes de traitements, aussi bien médicaux que chirurgicaux (excision de l'hymen, dilatation, etc.), mais sans résultat.

Premier examen : la malade présente des symptômes d'un vaginisme intense. Examen impossible.

Deuxième examen : après l'administration d'une potion calmante (codéine, bromure), on arrive à introduire un doigt dans le vagin et toucher le col.

Le troisième examen était précédé par l'administration de la même potion et injection d'une solution anesthésiante dans le vagin. Vulve, vagin et col normaux ; utérus petit, antéfléchi du type infantile.

Diagnostic : vaginisme sans lésions organiques.

Traitement : je conseille à la malade de cesser tout rapport sexuel pendant trois mois et j'attire son attention sur le fait que ces troubles sont d'ordre purement mental qu'elle devrait surmonter elle-même.

En avril 1913, la malade vient consulter de nouveau. Ne trouvant aucune amélioration, je confie la malade au Docteur Haberman, de la Vanderbilt Clinic, afin d'instituer un traitement psychothérapique par l'hypnose.

Le Docteur Haberman hypnotise la malade à huit reprises différentes en lui suggérant chaque fois qu'il n'y avait aucune raison réelle pour expliquer ses troubles.

Le 15 juin 1913, la malade revient me voir ; l'affection persiste toujours. Je passe une heure avec la patiente en lui

expliquant son cas et en lui parlant de l'inanité de son appréhension.

Le 12 septembre 1913, la femme retourne à la campagne guérie. Elle prétend que l'hypnose n'a rien à voir avec sa guérison mais elle se trouve guérie depuis sa dernière visite chez moi.

Au courant de l'année 1916, la malade se portait bien. Elle mène une vie conjugale normale malgré une légère dysparéunie causée par un ovaire prolabé.

OBSERVATION XI

(Publiée par le Docteur P.-H. Williams, de New-York
in *The American Journal of Obstetrics*, vol. LXXIV)

Mme W..., âgée de 35 ans, se plaint principalement de l'impossibilité de pratiquer le coït avec son mari.

Jeune fille on la considérait comme une « histérique », était très susceptible aux critiques ; de temps à autre, auto-accusations. Catholique très dévote, se laisse facilement impressionner par l'entourage. La malade a porté un corset plâtré pour une tuberculose vertébrale pendant dix-huit mois et a fait un abcès de la gaine de psoas, présentement guéri.

Le Dr Whitbeck lui déconseilla le mariage, craignant les troubles qu'aurait pu amener une grossesse éventuelle. La malade ne tena pas compte de cet avertissement et se maria en novembre 1911, après avoir fait un accord avec son futur mari de ne pas avoir de rapports sexuels. Cet étrange contrat fut observé strictement par le ménage mais avec difficulté et exigea une dépense énorme d'énergie et de volonté.

Le coït n'a jamais été tenté jusqu'au moment où la malade fut déclarée complètement guérie de sa bacillose osseuse et que l'état puerpéral ne présentait plus de danger pour elle.

Les symptômes typiques du vaginisme ont apparu dès les premiers essais de rapprochement et persistent depuis.

Examen : Examen général négatif. Examen vaginal très difficile à cause du spasme.

Le 21 juillet on administre une potion calmante (bromure,

codéine) à la malade, une demi-heure avant l'examen et on constate que l'appareil génital ne présente aucune lésion. Je me suis entretenu pendant une heure avec la malade en tâchant de la convaincre que ses troubles sont purement imaginaires, causés par la crainte de la grossesse et que, actuellement, vu son état de santé satisfaisant, la maternité lui est permise.

Le 6 mars 1915, la patiente vient me voir : je trouve une grossesse de cinq mois environ. Quatre mois après la malade accouche normalement d'un enfant du sexe féminin.

CONCLUSIONS

I. — Le vaginisme est un syndrome caractérisé par la contracture involontaire et douloureuse du sphincter vaginal, de tout le vagin souvent et parfois de plusieurs plans musculaires du périnée et de l'excavation pelvienne.

II. — Le vaginisme organique est symptomatique d'une lésion quelconque de l'appareil génital de la femme.

III. — Le vaginisme psychique est plus fréquent. Il est dû à un réflexe psychique dont le point de départ siège dans le champ des idées de la malade et est provoqué par un sentiment affectif, phobie, appréhension de la douleur, etc.

IV. — Le vaginisme en général se développe sur un terrain prédisposé : le tempérament, l'éducation, la culture d'esprit jouent un rôle assez important dans la genèse du spasme vaginal.

V. — L'état puerpéral a une influence variable sur la persistance du vaginisme.

VI. — Le traitement du vaginisme est variable dans ces résultats. Le vaginisme organique relève d'un traitement local. Les traitements chirurgicaux devraient être abandonnés ; le traitement électro-thérapique et le massage suédois donnent d'assez bons résultats ; le procédé de Walthard devrait être employé couramment. Le vaginisme relève surtout de la psychothérapie.

Vu : *Le Doyen*,
WALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- A. ADLER. — *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. München 1927.
- A. ADLER. — *Studie über Minderwertigkeit von Organen*. München 1927.
- ARAGON. — *Caractères psychiques du vaginisme* (*Revue de l'hypnotisme et psychol. physiol.* — Paris 1900-1901, XV).
- AUDRY C. — *Sur les dyspareunies vulvo-vaginales. Le faux et le vrai vaginisme*. — (*Provence médicale*. Paris 1913 XXIV).
- BERKELEY AND BONNEY. — *A guide to gynecology in general practise*. London 1919.
- BLOCH G. — *Notes sur un cas de vaginisme traité et guéri par le courant de haute fréquence*. (*Bull. off. soc. franç. d'électrothérapie*. Paris 1903 XI).
- BILLINET. — *A propos du vaginisme*. — (*Bull. soc. franç. d'électrothérapie*. — Paris 1903 XI).
- BUDIN. — *Orifice vaginal et vaginisme*. (*Bull. soc. d'obst. de Paris* 1905 VIII).
- BUDIN. — *La membrane hymen et le vaginisme* (*Rev. gén. de chimie et thérap.* Paris 1905).
- CHARRIER. — *De la contracture spasmodique du sphincter vaginal*. — Thèse de Paris 1862.
- DAUCET. — *Le vaginisme, ses causes, ses symptômes et son traitement*. — (*Journal de Méd. Int.* Paris 1904. VIII).
- DITTEL L. G. — *Psycho-physische Behandlung des Vaginismus* (*Wiener Klinische Wochenschr.* 11 avril 1929).

- J.-L. FAURE ET SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*. — Paris 1926.
- FRIED E. — *Der Vaginismus und die Ehen perverser Manner*. — Wien 1919.
- GLEY. — *Traité de physiologie*. — Paris 1924.
- HALBAN UND SEITZ. — *Biologie und Patologie des Weibes*. — Wien 1928.
- HERVEZ DE CHÉGOINE. — *De la fissure à l'anus*. — Union Méd. 1847.
- HUNNER. — *Disorders of the sexual function*. — Glasgow 1916.
- JAMIESON B. HURRY. — *Les cercles vicieux en pathologie*
- JENNINGS (W.-B.). — *Report of case of vaginismus in a woman sixty six years of age*. — (Am. Pract. N/Y 1912 XLVI).
- KNOFF O. — *Die Ursachen des Vaginismus und seine Behandlung Monatschrift Ungarisch*. — Mediziner 3. 1929.
- LACQUERRIÈRE. — *Le traitement électrique du vaginisme*. (Bull. off. soc. franç. d'électroth. Paris 1903).
- LUTAUD. — *Du vaginisme*. — Thèse de Paris 1874.
- MICHAELIS. — *Fall von Vaginismus*. — (Deutsche Med. Wochenschr. 1907. XXXIII).
- MICHON ET WERTHEIMER. — *Vaginisme. Névrotomie unilatérale du nerf honteux interne*. — Lyon Méd. 14 mars 1923.
- MORHARDT P. E. — *Les facteurs psychiques et émotifs dans les affections organiques*. — (Presse Méd. 29 février 1928).
- RAEFLER JOHANNES. — *Die Hypnose in der Gynakologie*. (Zentrbl. für Gynakologie 1921).
- REDER. — *The treatment of vaginismus*. — (The Amer. Journal of Obst. and Gynecol. mars 1928).

- RÉMY. — *Vaginisme, grossesse et accouchement*. — (Bull. soc.d'Obst. et de Gynecologie de Paris. 1922. KI).
- RICHELOT (L.-G. — *Sur l'étiologie du vaginisme*. — (Bull. et mêm. soc. de Chir. de Paris. — 1908. XXXIV).
- ROUVIÈRE. — *Anatomie humaine* — Paris 1926.
- SAQUET. — *Traitement du vaginisme par le massage suédois. Procédé de Thure Brandt*. — (Gaz. Méd. de Nantes. 1903. XXI).
- SIREDEY A. — *Le pseudo-vaginisme*. — (Journal de Méd. et de Chir. 10 octobre 1927.
- VICT JOH. — *Erkrankungen der Vagina*. — Wiesbaden 1908.
- VIGNES H. — *Physiologie gynécologique*. — Paris 1928.
- VISCA. — *Du vaginisme*. — Thèse de Paris 1870.
- WALTHARD. — *Die psychogene Aetiologie und die Psychotherapie des Vaginismus*. — (Münch. Med. Wochenschr. 1909).
- WALTHARD. — *Die Resultate des Psychotherapie bei Vaginismus*. — (Centrbl. für Gynakologie. 1922).
- WILLIAMS. — *Two cases of. psychic. vaginismus*. — The Americ. Journal of. Obstet. and. Gyn. 1916. — LXXIV p. 226).
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	9
INTRODUCTION.	11
CHAPITRE I. — Définition et Essai de classification.	13
CHAPITRE II. — Historique.	15
CHAPITRE III. — Etude anatomo-physiologique . .	17
CHAPITRE IV. — Vaginisme organique.	21
CHAPITRE V. — Vaginisme psychique	25
CHAPITRE VI. — Etude clinique	35
CHAPITRE VII. — Traitement	41
OBSERVATIONS	49
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE.	67
